

利用者申込書

介護老人保健施設
エスポワール岬施設長殿

令和 年 月 日

紹介先 : 行政 ・ 病院施設 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 訪問看護 ・ その他

介護認定度 : 要支援1・要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中/区変中

利用者	フリガナ				大・昭 年 月 日生 歳		
	氏 名	男女					
	住 所	〒 () TEL ()					
相談者	フリガナ				続柄	生年月日	年齢
	氏 名					昭・平 年 月 日 歳	
	住 所	〒			自宅 携帯	() ()	
	勤務先名				TEL	()	
家族構成	利用者本人からみた家族(人数)を記入して下さい。 その内、同居している方(人)						
	配偶者	子(男 人 女 人)	孫(人)	母親	父親		
	兄弟(人)	姉妹(人)	その他()				
利用希望	1, 入 所 月程度 居室希望 : 四人部屋 ・ 個室 ・ 四人部屋空き待ちの個室(可・不可)						
	2, ショートステイ / ~ / 送迎希望 : 有 ・ 無						
	3, 通所リハビリテーション 居宅事業所: 担当CM:						
	・利用日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 計 週 回 ・送迎希望 : 有 ・ 無 ・短期集中リハビリテーション : 希望する (病院・ / / 退院)						
利用理由	1, 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)						
	2, 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想)						
	3, 介護者不在 4, その他						
現在の状況	1, 在宅生活中 ・ かかりつけ医 病院・医院 科 先生						
	かかりつけ薬局: かかりつけ歯科: 先生						
	2, 入院中・主病名 (病院 科)入院日 / / ~ / /						
	3, 入所 () 入所日 / / ~ / /						
	既往歴						
相談者の連絡先	氏 名	続柄	年齢	住 所	TEL		
	①				自宅		
					携帯		
	②				自宅		
					携帯		
夜間							
退所後の方向性 在宅・特別養護老人ホーム・グループホーム(施設申込:無・有)							